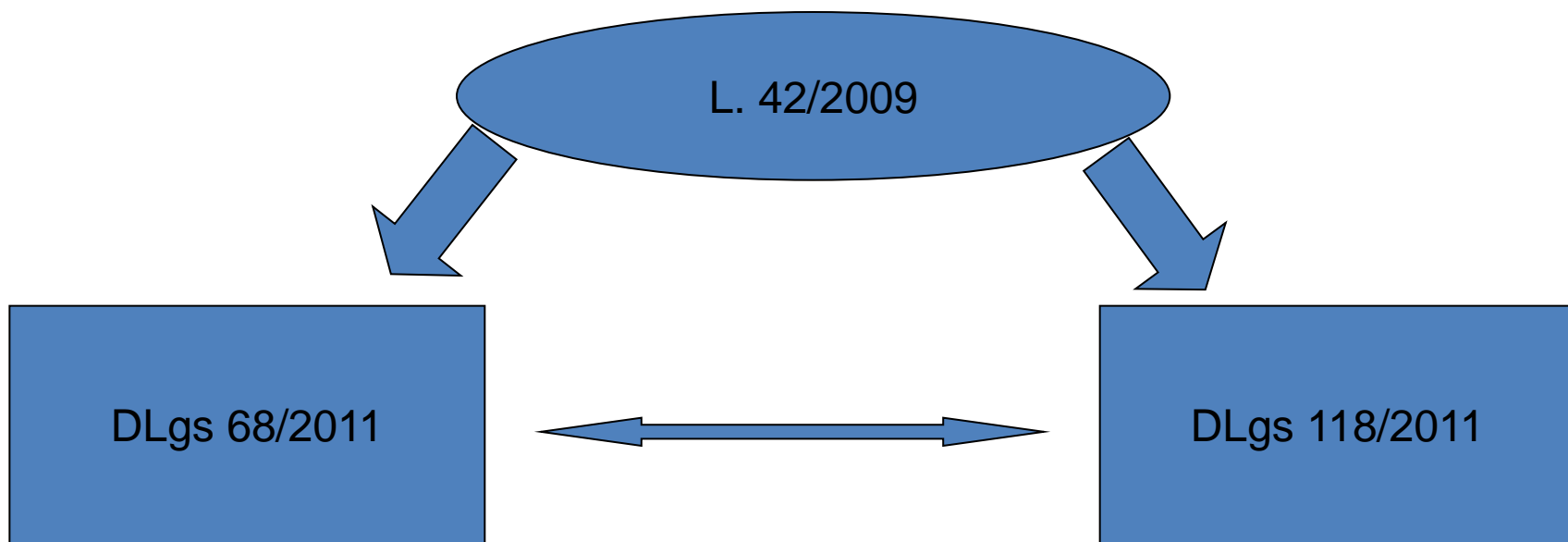


**Il contributo dell'ARESS Piemonte
agli strumenti di governo dei costi :
dal benchmarking delle unità
organizzative ai possibili approcci ai
costi standard**

Roma, 15 giugno 2012

- Riferimenti normativi: l'armonizzazione dei sistemi contabili come prerequisito per il controllo dei costi.
- Il benchmarking delle unità organizzative confrontabili (attività 2011)
- Possibili approcci ai costi standard (giugno 2012)

Impianto legislativo



Legge 42/2009

- La legge 5 maggio 2009, n. 42, attuativa delle disposizioni in materia di federalismo fiscale, promuove una riflessione sulle modalità con cui si snoda la nuova *governance* tra i diversi livelli di Governo (nazionale, regionale e locale), che si basa su una cooperazione sinergica di carattere istituzionale e finanziario ed una integrazione delle potenzialità e delle risorse per garantire il SSN. Le valutazioni sopra formulate, comportano un'attenta riflessione anche sul tema dei costi standard

Dlgs 68/2011: fabbisogno e costi standard

- Dlgs 6 maggio 2011, n.68 «Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario»,
- Efficacia dal 2013
- Obiettivo : finanziare in maniera efficiente i livelli essenziali di assistenza
- Criterio base: le performance di tre Regioni benchmark (una del Nord, una del Centro e una del Sud, tra queste una di piccola dimensione) scelte in una rosa di cinque con i conti in ordine e comprovata garanzia di qualità e appropriatezza delle cure.

Ricadute Dlgs 68/2011

- Il fabbisogno sanitario standard delle singole Regioni è determinato, per la prima determinazione e a decorrere dal 2013, «applicando a tutte le Regioni i valori di costo rilevati nelle Regioni di riferimento» (le Regioni benchmark)

Livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria Dlgs 68/2011

- 5% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- 51% per l'assistenza distrettuale;
- 44% per l'assistenza ospedaliera.

Dlgs 118/2011

- Anche il Dlgs 118/2011 prevede il “Costo Standard”, determinato in relazione alla soddisfazione di un “Fabbisogno Standard”, attribuendo alla misurazione dello scostamento fra costi effettivi e standard una rilevanza suscettibile di valutazione diretta da parte dell’utenza.

Dlgs 118/2011

- art 11 c. 2 Dlgs 118 2011.
Le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 2, comma 1 e 2, redigono un rendiconto semplificato per il cittadino, da divulgare sul proprio sito internet, recante una esposizione sintetica dei dati di bilancio, con evidenziazione delle risorse finanziarie umane e strumentali utilizzate dall'ente nel perseguimento delle diverse finalità istituzionali, dei risultati conseguiti con riferimento a livello di copertura ed alla qualità dei servizi pubblici forniti ai cittadini e dell' eventuale relativo scostamento tra costi standard e costi effettivi, predisposto sulla base di un apposito schema tipo definito con i decreti legislativi di cui all'articolo 2, comma 7, della legge 5 maggio 2009, n. 42.

Dlgs 118/2011

- art 14 c. 3 Dlgs 118 2011.

Le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 2, commi 1 e 2, allegano al bilancio consuntivo un apposito allegato che includa una rappresentazione riassuntiva dei costi sostenuti per le funzioni riconducibili al vincolo di cui all'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione e alle funzioni fondamentali di cui al medesimo articolo 117, secondo comma, lettera p), della Costituzione, nonché dei relativi costi e fabbisogni standard.

I contenuti e lo schema dell'allegato di cui al presente comma sono definiti secondo le modalità di cui all'articolo 36, comma 5, anche al fine di consentire una comparazione tra i costi e i fabbisogni effettivi e i costi e fabbisogni standard.

- Il benchmarking delle unità organizzative confrontabili (ricerca empirica 2011)

Tre aspetti:

- Oggetto di osservazione
- Metodi
- Dati da utilizzare (materiali).

Oggetto di osservazione

Livello 1 - Benchmarking di unità organizzative confrontabili.

- Livelli territoriali
- presìdi

Livello 2 - Benchmarking di unità organizzative confrontabili.

- strutture complesse

Livello 3 – Costruzione dei costi standard dei percorsi / (processi).

Aspetti metodologici aperti nella attuale fase sperimentale: due concetti preliminari

1. Fabbisogno standard e domanda potenziale (utente potenziale e utente effettivo). Il passaggio agli standard non può produrre aggravii del carico fiscale nei confronti dei cittadini.

2. Costo standard e standard di output. Relazione fra standard di costo e standard di prestazione

Metodi di benchmarking

- 1) Calcolo e confronto di indicatori singoli, ad esempio, osservazione della variabilità di valori unitari :
 - per unità di popolazione pesata nel caso del consumo;
 - per unità di output nel caso della produzione
- 2) Calcolo e confronto di indicatori coordinati, confrontati con media e mediana regionale (grafici a radar).

Tutti i metodi seguenti ricercano una spiegazione della variabilità mediante relazioni causali fra variabili (con varie metodologie da semplici a complesse). Confronto utile sia che sia possibile costruire modelli “logicamente falsificabili” (ovvero se l’ipotesi della reazione causale appare verificata) sia in caso contrario.

- 3) Spiegazione della variabilità di un aggregato di spesa sulla base della variabilità delle sue componenti (ad esempio per il punto di vista del territorio).

- 4) Metodi economico aziendali per ricercare la congruità dei costi della struttura rispetto alla composizione degli stessi e all'attività svolta (ospedale)

- 5) Metodi che presuppongono la ricerca di relazioni causali coordinate e permettono maggiori generalizzazioni a supporto di eventuali interventi correttivi sui costi.
 - 5.1) Frontiere parametriche, preferibili laddove non esistono dati di output direttamente confrontabili con i costi, ma solo dati sui costi e sulla dotazione di fattori produttivi (o proxy di questi ultimi). (cfr SOSE, obiettivo federalismo fiscale).
 - 5.2) Frontiere non parametriche, possibili laddove esistono dati di output sufficientemente omogenei (confronti fra strutture complesse)

Esempio di frontiera parametrica : la variabilità nella spesa sanitaria procapite nelle Regioni italiane

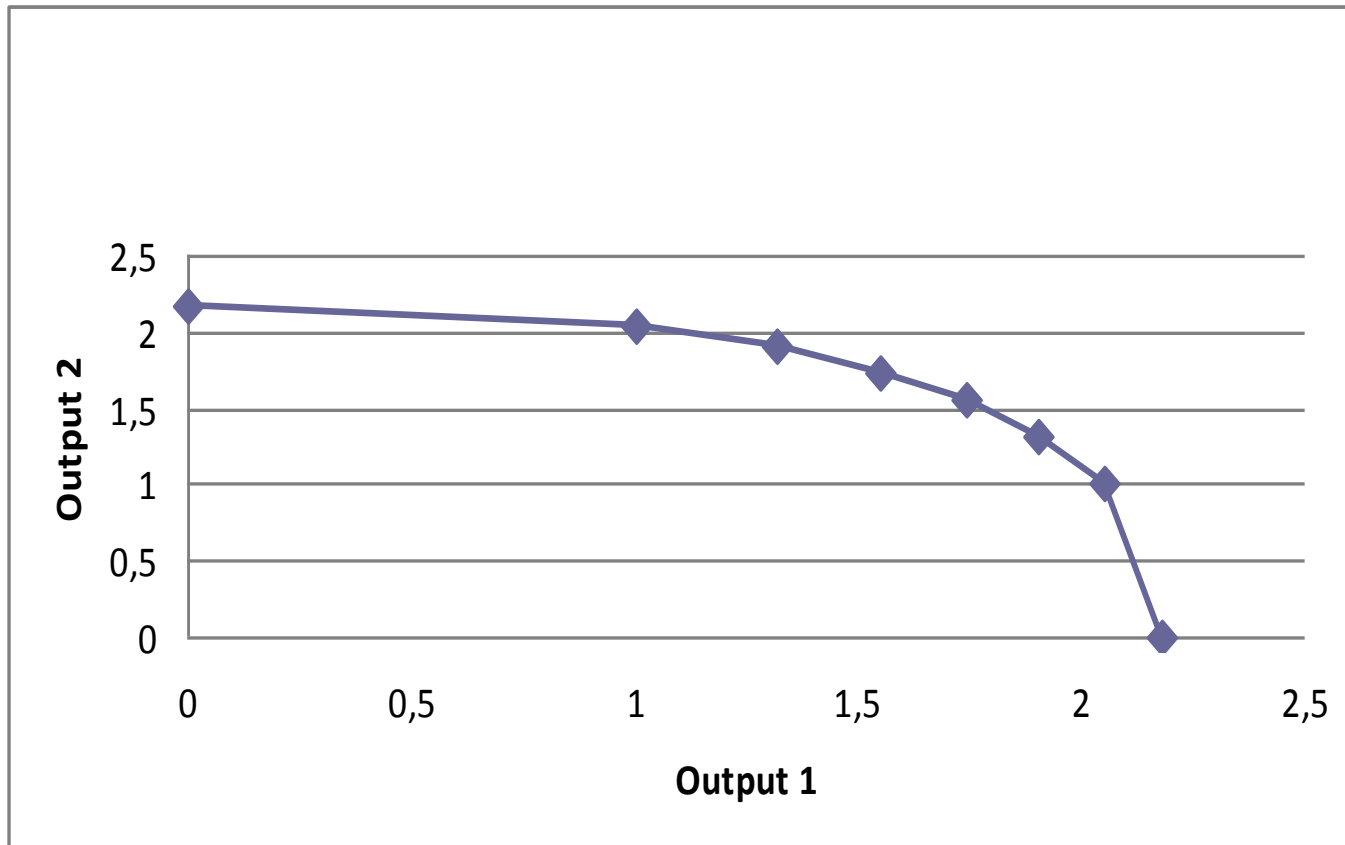
- Il vettore delle variabili esplicative può essere in gran parte riassunto :
 - nella dotazione di capitale (proxy : PIL procapite)
 - nella dotazione di lavoro (proxy: % di personale del SSN sulla popolazione)

Standard e dotazione di fattori produttivi.

Relazione fra regressori e residui . Distinzione fra dotazione di fattori e capacità manageriale di utilizzare i fattori in modo efficiente

- Problemi di instrumental variable (possibile soluzione : peso del privati in vario modo misurato è correlato con i regressori ma non con i residui).

Esempio di frontiera non parametrica



Il lavoro del tavolo sui costi standard tra ottobre 2010 e dicembre 2011 ha analizzato la spesa regionale:

- Coerentemente rispetto ai principi del piano di rientro 2010-2012 (che indipendentemente dalla sua applicazione ha fornito un'utile sistematica di partenza dei presidi evitando la necessità di effettuare cluster per costruire gli insiemi confrontabili) ovvero:
 - Separatamente dal punto di vista del territorio (acquirente - consumatore) e dell'ospedale (produttore).
 - Per il territorio a livello di ASL
 - Per l'ospedale a livello di Presidio

- Costo della prestazione e costi generali. I costi vanno controllati là dove si creano
- Il dato analizza i costi generali, i costi del livello diretti territoriali e i costi diretti del livello ospedaliero.
- Vi è stato un attento lavoro di “ripulitura” dei ribaltamenti di costi generali di azienda che vengono considerati separatamente.

Preliminare break down dell'identità

Costi generali aziendali (1,01 mrd)

+

Costo della macchina organizzativa territoriale
(0,65 mrd)

+

Costo della macchina organizzativa dei presìdi
(3,73 mrd)

+

Acquisti totali di prestazioni da parte della ASL
per i residenti (compresa quindi la mobilità
passiva e gli acquisti da privati) (5,52 mrd)

-

Produzione dei presìdi di ASL, di ASO e AOU
(2,92 mrd).

Spesa regionale (8
mrd)=

Territorio totale

- costi (in gran parte) relativi all'acquisto di prestazioni
- ma anche enucleabili: costi del personale e costi organizzativi
- standard da ricercare sulla base del confronto costi/risorse/ popolazione pesata (e altri parametri socio-economici-demografici). Per alcuni livelli anche rispetto all'output.

Ospedale: Presidio/ASO

- costi relativi alla produzione di prestazioni
- standard da ricercare sulla base del confronto costi/risorse/produzione/parametri tecnici che caratterizzano l'erogazione di prestazioni

QUALI DATI ?

Su dati disponibili nelle banche dati esistenti risparmiando quindi, almeno per il primo anno, su tempi e risorse per le rilevazioni

Contesto di riferimento

PERIMETRO DELLE ANALISI

COSTI TERRITORIO

Costi diretti
“aggregati”
relativi a tutti i
servizi territoriali.

COSTI OSPEDALIERI

Costi fissi relativi
ai singoli presidi
e costi variabili
come
“aggregato”
presidi

COSTI GENERALI

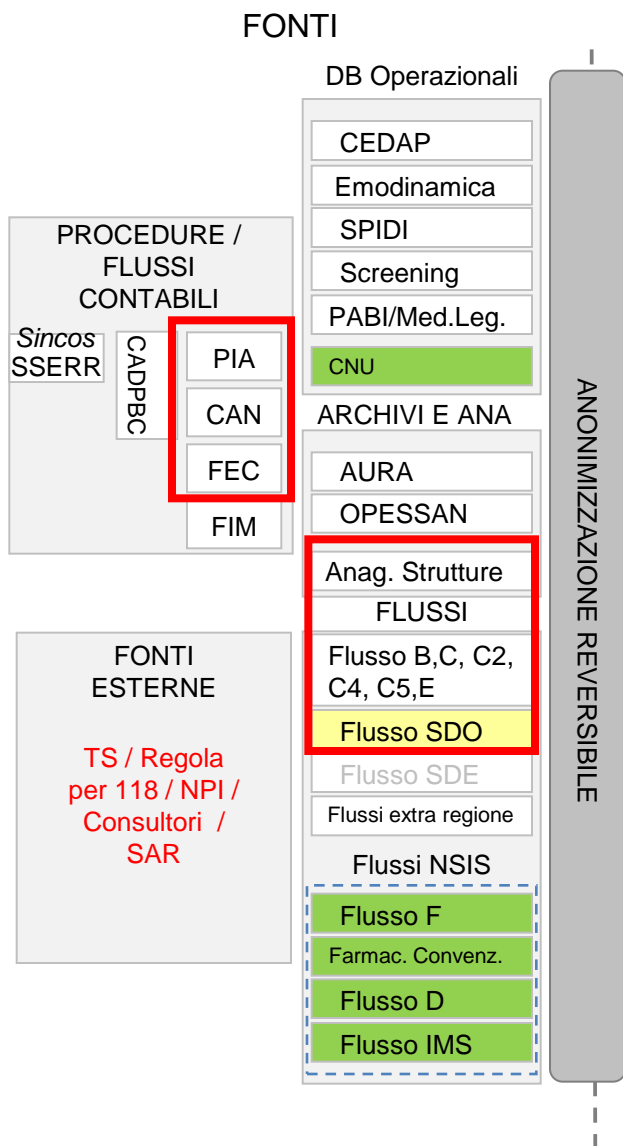
Costi da
procedura
-Costi DG e
Supporto (Cod. PIA
D348-settore DG e
Supporto)
Costi “sfilati”
- Costi Organizzativi
Territorio (sottoconti
specifici)
- Costi organizzativi
presidi (componente
“personale” e
“variabili”)

ACQUISTI PRESTAZIONI

Solo per ASL
(Territorio) :
-SDO,
- PREST C
- Altra assistenza

INDICE BE

Produzione
Ricoveri (RO-DH-
DS), prestazioni
(Amb, PS)



Fonti utilizzate

- PIA (Piani di attività) per i dati di costo,
- CAN (Conto ANnuale) per i dati sul personale
- Flussi informativi sulla produzione
- Rilevazioni “spot” presso le ASR su tematiche di dettaglio

Le "fonti" contabili del sistema sanitario regionale piemontese

FONTI

DB Operazionali

CEDAP
Emodinamica
SPIDI
Screening
PABI/Med.Leg.

CNU

ARCHIVI E ANA

AURA
OPESSAN

Anag. Strutture

FLUSSI

Flusso B,C, C2,
C4, C5,E

Flusso SDO

Flusso SDE

Flussi extra regione

Flussi NSIS

Flusso F

Farmac. Convenz.

Flusso D

Flusso IMS

ANONIMIZZAZIONE REVERSIBILE

BACK-END

Integrazione DWH
(CO0001477)

SPIDI

Screening
femminile

PABI/Medicina
Legale

Componente
AURA

AURA

SceRev

Componente
OpeSSAN

OpeSSAN

Future
componenti da
integrare

Componente ...

Componente ...

Componente ...

PMV (Veterinari)

Dati integrati (DWH)
(CO000972)

Settori tematici

Farmaceutica

SDO

Prestazioni

Diabetici

CEDAP

Emodinamica

Mobilità Regionale

Mobilità

Gestione Dati
Storici

Nuovi Flussi

Assist.Domic.
FAR - SIAD

Dispositivi medici

EMUR

Indicatori
bersaglio di
Pisa (Tableau)

FRONT-END

Supporto Ass.to
Mobilità Nazionale
(Rita Andrini) BO

Sportello Dati
(CO000842)

Report precalc.

Report dinamici

Mappe e grafici

Pub. Links / Docs.

Estrattore
Dimessi e
Prestazioni

SDS

- Scarichi predefiniti
- Scarichi a prenotazione

MADE

Costruz. Indicatori
Epidemiologici (SDO,
Cause di morte)

RETE per la
SALUTE

Indicatori statistici
socio-assistenziali

Rupar

Iride

Criticità delle fonti contabili (a cui si rivolge il Dlgs 118/2011)

- complessità
- basso livello sinergico delle rilevazioni contabili
- non totale omogeneità con quanto effettuato in altre Regioni

Possibili criticità dei confronti effettuati (a cui si rivolge il Dlgs 118/2011)

A titolo di esempio, le possibili criticità dei confronti effettuati con i dati utilizzati possono derivare da:

- aspetti di tipo organizzativo (peculiarità, sovrarazionalità ecc)
- aspetti relativi all'imputazione dei dati con particolare riferimento alla ripartizione territorio ospedale (es personale) e a quella tra costi diretti e generali (es outsourcing)
- metodi di pagamento degli investimenti fissi

Possibili approcci ai costi standard (giugno 2012)

Se l'oggetto di osservazione è:

Livello 2. Benchmarking di unità organizzative confrontabili.

- strutture complesse

Livello 3. Costi standard dei percorsi (processi).

Allora..

- Proporsi l'obiettivo di valutare, per trarne uno standard, i costi effettivamente registrati nelle varie realtà osservate, presuppone che i prodotti (output), i risultati (outcome) per essere confrontabili sotto il profilo dei loro costi di produzione (input), siano omogenei in tutte le loro caratteristiche.

- Ciò comporta che una adeguata definizione dei costi standard presuppone che nelle singole regioni siano stati implementati sistemi di controllo e di contabilità analitica, e sia stata colmata ogni eventuale carenza di dati sui flussi di produzione e dei sistemi gestionali.

- In molte realtà regionali, invece, si registrano disallineamenti tra dati gestionali e registrazioni contabili, che pregiudicano la determinazione e l'applicazione del costo standard, per cui non è detto che i costi (input) siano correttamente attribuiti allo specifico output che hanno generato e siano facilmente reperibili.
- D'altra parte, un costo medio non permette di risalire alle singole funzioni cui si riferisce, ma alla prestazione sommariamente intesa.

Riferimenti attuali per la contabilità analitica nelle ASR per il governo regionale

Art 5 del D.Lgs. n. 517/1993

- Adozione del Bilancio Pluriennale di previsione, del Bilancio preventivo economico annuale;
- Destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura dei disavanzi di esercizio;
- Tenuta di una contabilità analitica per centri di costo che consenta le analisi comparative dei costi, rendimenti e risultati;
- Obbligo delle A.S.L. ed Aziende Ospedaliere di rendere pubblici i risultati della propria analisi dei costi, rendimenti e risultanze.

5° comma dell'art. 5 del D. Lgs. 229/99

- Introduce logiche per la tenuta di una contabilità analitica per centri di responsabilità e di costo (generalmente identificabili con le Unità operative e le macro-attività svolte all'interno delle stesse) che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, con l'obbligo di rendere pubblici tali risultati.
- Non stabilisce specifiche metodologie di rilevazione

In generale la Contabilità “analitica” nelle ASR

È composta da modelli, strumenti e procedure volti a:

- fissazione degli obiettivi relativi alla gestione delle strutture (budget),
- controllo (reporting e analisi scostamenti),
- valutazione azioni correttive
- valutazione consuntivi.

E' volta alla valorizzazione dei costi per struttura:

- dati sul personale
- dati di magazzino per consumi
- da contabilità generale (es. per ribaltamento costi generali), e ritorni inerenti i dati sulla produzione (debiti informativi regionali)

E' orientata anche a valorizzare i Piani di Attività Regionali (c.d. PIA).

Vantaggi per la contabilità analitica derivanti dal Dlgs 118

- Introduzione di una cultura di “Armonizzazione” e “riconduzione” a logiche e criteri standardizzati di raccolta del dato
- Opportunità di rivisitare l’organizzazione dei conti con ripartizione sui 3 ambiti richiamati dal Dlgs 68: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera;
- Possibilità di omogeneizzare i criteri per la definizione dei sottoconti di bilancio per la predisposizione di informazioni volte alla valorizzazione dei debiti informativi “analitici” (per “destinazione” oltre che per “natura”)
- Possibili omogeneizzazione delle “anagrafiche”
- Definizione dei criteri di imputazione e ribaltamento

- Per poter operare i confronti richiesti dai costi standard è necessario rilevare le informazioni contabili in modo uniforme : *il decreto 118 soddisfa questo scopo (sia per quanto concerne i costi che i fabbisogni)*

Piano dei conti comune

- Standardizzazione delle procedure contabili e dei debiti informativi.
- Ogni costo/ricavo dev'essere ricondotto ad una sola voce dei modelli di rilevazione SP o CE (Decreto Ministeriale 13 novembre 2007).
- Ogni ente può predisporre, nel dettaglio, il proprio piano dei conti con altre sottovoci rispetto quelle già presenti nei modelli di rilevazione SP o CE. Questo, ovviamente, in base alle specifiche esigenze informative di ciascun ente (autonomia aziendale), ma conservando un impianto comune in modo da poter aggregare i dati (bilanci consolidati).

Trasparenza

- La banca dati acquisita con le indicazioni del 118 deve essere messa a disposizione di tutti pubblicando sintesi e dettagli su internet (sui siti aziendali per poter effettuare una prima comparabilità delle informazioni).
- L'esposizione sintetica dei dati di bilancio, con evidenziazione delle risorse finanziarie, umane e strumentali utilizzate dall'ente nel perseguimento delle finalità istituzionali, dei risultati conseguiti con riferimento a livello di copertura ed alla qualità dei servizi pubblici forniti ai cittadini e dell'eventuale relativo scostamento tra costi standard e costi effettivi, predisposto sulla base di un apposito schema tipo definito.

Standardizzazione delle procedure

- Per una completa trattazione occorre:
- standardizzare le procedure e le metodologie di rilevazione (sia dei costi che dei fabbisogni)
- Procedere all'individuazione di una contabilità per centri di costo
- Confrontare ed analizzare i dati per migliorare la gestione

Sinergie con la fase applicativa del 118

- Il lavoro del tavolo sui costi standard deve seguire la fase applicativa del Decreto 118 in modo da predisporre già nei due anni della sua sperimentazione la predisposizione di rilevazioni che permettano di realizzare da subito parametri standard da assumere come riferimento nella gestione delle singole aziende.

Su questa base..

- Individuazione dei gruppi di DRG per le principali patologie (big killers)
- Individuazione del “chi fa che cosa” in ambito regionale (peso dei presidi sulle patologie e delle patologie sui presidi)
- Individuazione delle casistiche principali all'interno della gaussiana del (o dei) DRG leader di ogni gruppo. Eventualmente anche con il metodo degli APR DRG.
- Individuazione delle strutture complesse oggetto di studio.

Le metodologie utilizzabili per la definizione di standard

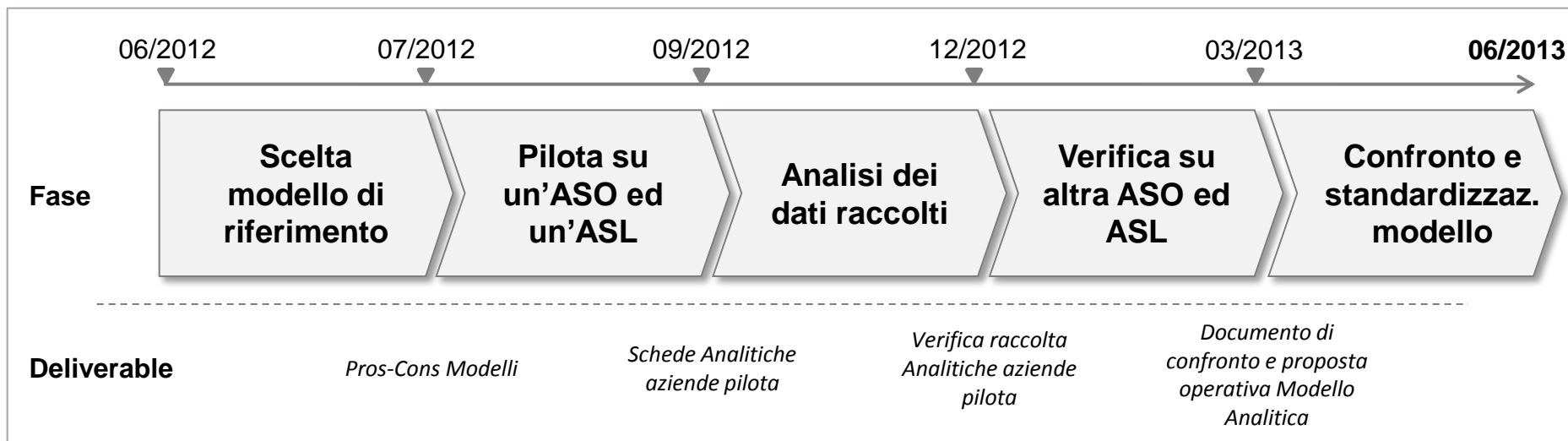
- Benchmark a livello di struttura con le metodologie evidenziate in precedenza (in particolare con quelle che presuppongono e valorizzano la disponibilità di dati di output) .
- In alternativa valorizzazione dei percorsi con analisi ABC.

- Possibili approcci ai costi standard (giugno 2012)

- L'attività descritta in questo documento eredita ed approfondisce il lavoro del tavolo dei costi standard condotto nel 2011 e basato su criteri di benchmarking a livello di azienda / presidio
- Il focus dell'attività è l'analisi degli aspetti economici legati a direttive nazionali (L.42 del 2009 e D.Lgs 68 del 2011) – benchmarking e fabbisogno standard
- Si ritiene che l'attività svolta possa costituire un utile contributo all'attuale fase di sperimentazione condotta sul D.Lgs 118 del 2011 (Armonizzazione dei Bilanci)

L'obiettivo è quindi di effettuare una rilevazione dei costi e dei ricavi analitici ad un livello organizzativo di maggiore dettaglio (Struttura Complessa) passando attraverso l'individuazione di un modello congruo rispetto a tempi e risorse necessarie per realizzarlo ed implementarlo

Piano di lavoro proposto



Per raggiungere l'obiettivo di effettuare una rilevazione dei costi e dei ricavi analitici ad un livello organizzativo di maggiore dettaglio (Struttura Complessa) si propone un piano di lavoro che prevede una serie di attività che, partendo dalla scelta di un modello di riferimento, passa attraverso un pilota utilizzato per definire dei criteri da adottare su tutte le aziende.

Piano di lavoro proposto



**Valutazione
pro-contro**

L'attività prevede il confronto tra i tre modelli individuati:

- Metodo PDTA
- Metodo Ni San
- Metodo Formazione Progressiva Costi (FPC)

I metodi a confronto: definizioni ed ambiti di analisi

Segue una breve descrizione dei modelli analizzati e dei relativi ambiti di analisi.

Metodo	Descrizione
<p>PDTA</p>	<p>Come noto, i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono piani interdisciplinari di cura creati per rispondere a bisogni complessi di salute del cittadino. Sono strumenti di gestione clinica usati da chi eroga prestazioni sanitarie per definire la migliore sequenza di azioni, nel tempo ottimale, degli interventi efficaci rivolti a pazienti con particolari patologie</p>
<p>Analisi ABC (es NI San)</p>	<p>La peculiarità del modello è quello di, attraverso un'analisi organizzativa di tipo ABC, individuare i costi di produzione a livello di singolo caso e confrontarli con un benchmarking composto da un panel attivo su diverse regioni</p>
<p>Formazione progressiva costi</p>	<p>Identificazione delle principali voci di costi dei fattori produttivi consumati a livello di singola SC tramite l'analisi delle contabilità analitica aziendale e confronto con i ricavi/produzione dichiarata in modo da determinare i driver della spesa. Propedeutico ad una analisi DEA.</p>

PRO

- Il PDTA permette di valutare l'intero percorso e non episodi specifici (il singolo ricovero o la singola prestazione).
- La visione concentrata sul singolo episodio fa perdere di vista la globalità della cura del paziente.
- Aderenza alle tecniche mediche

CONTRO

- L'analisi economica deve partire da un PDTA per il quale è fondamentale che i clinici forniscano, per i vari percorsi, tutte le risorse utilizzate, solo a questo punto il GdL dei CS sarà in grado di valorizzarli. Da un punto di vista tecnico questo comporta la necessità di affrontare tre problematiche:
 - *Un PDTA contempla diversi percorsi (gaussiana)*
 - *La distribuzione di questa gaussiana dipende dalla complessità trattata a livello di struttura*
 - *La stessa distribuzione dipende fortemente dall'assetto organizzativo*
- I PDTA attualmente disponibili ed utilizzabili nel breve termine in ambito regionale (**Ictus, femore**) hanno un impatto circoscritto da un punto di vista della spesa
- Occorre una manutenzione costante degli stessi (con conseguente riaggiornamento dell'allocazione e valorizzazione dei costi)

PRO

- Parte dall'individuazione del singolo caso/paziente per singolo episodio di ricovero
-
- E' possibile individuare ed analizzare più livelli di costi (per procedura, per diagnosi, per reparto)
- Una volta a regime permette confronti nazionali
- I reparti intermedi ribaltano i costi a quello finale

CONTRO

- Occorre un'analisi organizzativa iniziale, lavoro molto lungo con necessità di molte risorse umane
- In una struttura come il Gradenigo di Torino esistono circa 70.000 combinazioni tra procedure/attività e diagnosi con l'esigenza di mantenerle. Sono funzione dell'analisi organizzativa di cui al punto precedente.
- Difficoltà a gestire la complessità di grandi organizzazioni in termini di tempi e costi di implementazione (es Molinette ASL TO2)
-

PRO

- Rapidità di implementazione del metodo
- Peso del case mix del reparto come attribuzione di un indicatore di complessità (*)
- Possibilità di riallineare annualmente la struttura al proprio livello di complessità
- Possibilità di confrontare stesse specialità all'interno della singola struttura ospedaliera
- L'approccio è di tipo economico
- Utile quando si vogliono agganciare/riallocare i costi ad un singolo reparto (es rianimazione senza produzione finale ma con la possibilità di evidenziare le gg di degenza / attività effettuata, sui quali attribuire e spiegare i costi)
- Il metodo di riallocare l'attività ed il suo valore ai reparti che la producono non ha come obiettivo quello di giudicare i reparti ma solo di riallocare costi e ricavi a livello di singola struttura (solo con focus su delta significativi)

CONTRO

- Necessità di verificare i ribaltamenti sulle attività dei reparti
- Occorre recuperare i costi per le singole strutture
- Necessario il commitment per coinvolgere e chiedere il riscontro delle aziende sanitarie coinvolte
- Non permette di effettuare nell'immediato gli approfondimenti ("contraddittorio" con l'azienda) per spiegare i delta/le anomalie
- Si rimane ad un livello "alto" sul reparto senza scendere a livello di singolo caso/paziente/percorso

() complessità intesa come assorbimento dei fattori produttivi da parte del reparto*

Approccio Formazione progressiva costi: ribaltamento ricavi da DRG

Valore del DRG		€ 3.500,00		
	(1)	(2)	(3)	(4)
Reparto	Indice di complessità (Case MIX)	Giornate di degenza	Indice di complessità * giornate di degenza	Valore DRG Ripartito
Rianimazione (Intermedio)	4,5	2	9	€ 1.050,00
Chirurgia (Intermedio)	3	4	12	€ 1.400,00
Medicina (Dimissione)	1,5	6	9	€ 1.050,00
<i>totale</i>		12	30	€ 3.500,00

Approccio Formazione progressiva costi: modalità di implementazione

1) Collegamento dei ricavi a costi

1) Ricavi totali Struttura
(Dettaglio – già disponibile)



2) Identificazione dei costi

2.1) Costi Diretti

- 2.1.1 Personale assegnato
- 2.1.2 Beni sanitari
 - Farmaci
 - Presidi sanitari
- 2.1.3 Prestazioni interne

Indispensabile

Note

(circa l'80% dei costi fattori produttivi sono velocemente intercettabili analizzando poche voci di spesa)

Da approfondire

2.2) Costi di gestione

- 2.2.1 Noleggi
- 2.2.2 Ammortamenti (ad hoc)

Da valutare

2.3) Ribaltamento costi generali (attribuzione con criteri comuni)

2.4) Edilizia sanitaria (impatti su attività / costi "occulti")